

anales de psicología, 1995, 11(2), 175-182

Estrategias psicológicas y práctica física en la prevención de la infección por VIH

Enrique Cantón Chirivella*, M^a Carmen Sánchez Gombau y Luis Mayor Martínez

*Departamento de Psicología Básica
Universidad de Valencia*

Resumen: Partiendo del hecho contrastado de que toda la población es susceptible de padecer la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de que, evidentemente, la responsabilidad de contener la epidemia atañe a todos los sectores sociales, se ha realizado una revisión de las diferentes perspectivas psicológicas con las que se ha abordado esta problemática con el objetivo de establecer unas pautas de prevención. Finalmente, se analiza la participación en estos programas de intervención psicológica de estrategias complementarias de actividad física, tanto en la prevención del VIH como en la mejora de la calidad de vida en las personas seropositivas.

Palabras clave: VIH, Sida, Prevención, Calidad de vida, Actividad física

Title: Psychological strategies and physical activity in the prevention of HIV infection

Abstract: We have started from the contrast fact that all the population are susceptible of have the Health Immunodeficiency Virus (HIV), and that the responsibility of to control the epidemic belong to all the society, we have do a review of the different psychological perspectives that have raise the problem, with the objective of make a prevention guidelines. At the end, we analyze the participate in these programs of physical activity, as in prevention of HIV how in the best quality of life in the seropositive population.

Key words: HIV, AIDS, Prevention, Quality of life, Physical activity

Introducción

La infección con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es uno de los problemas de salud más graves del mundo.

Desde la descripción de los primeros casos de Sida en homosexuales varones en 1981 en Estados Unidos, la infección por el VIH se ha convertido en una auténtica pandemia de distribución mundial, que afecta en la actualidad a más de diez millones de personas, habiendo sido comunicados casos de Sida a la OMS de un total de 163 países. Para finales de este siglo se estima que aumentará la infección por VIH hasta alcanzar la cifra de entre veinticinco y treinta millones de personas.

En esta segunda década de la propagación del VIH, la enfermedad producida por el VIH ha desafiado a toda la comunidad en el ámbito de la salud y a los expertos en el comportamiento huma-

no. Es ya bien conocido que toda la población es susceptible de padecer la infección por este virus, y que la responsabilidad de contener la epidemia implica a todos los sectores sociales, y no tan sólo a los profesionales de la sanidad.

En la década de los años ochenta, el Sida se ha convertido en uno de los principales problemas de salud en la población española. Como en otros países, en España se desconoce la prevalencia de infección por VIH, y es sólo a través de las comunicaciones de casos de Sida, como se valora la epidemiología de la infección por VIH. En nuestro país, el primer caso de Sida se detectó en 1981. Inicialmente hubo un crecimiento más lento que en otros países europeos, pero en 1989 España alcanzó el segundo lugar en casos de Sida en Europa, y actualmente es el país de Europa con mayor número de contagiados.

Pese a los avances terapéuticos, el Sida continúa siendo una enfermedad incurable, los progresos en el tratamiento requieren ensayos clínicos con grandes tiempos de seguimiento, y aún no se dispone de una vacuna eficaz. Por ello, y en vista de la persistencia de los comportamientos de alto riesgo, debe establecerse como una prioridad para

* **Dirección para correspondencia:** Enrique Cantón Chirivella. Departamento de Psicología Básica, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia. Avda. Blasco Ibáñez, 21, 46010 Valencia (España).

© Copyright 1995: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia, Murcia (España). ISSN: 0212-9728. Artículo recibido: 15-11-95, aceptado: 15-1-96.

la comunidad científica, la necesidad de realizar investigaciones acerca de métodos que favorezcan que los comportamientos de riesgo ampliamente difundidos cambien.

Así, la educación a la sociedad en medidas de prevención es el mejor método de combatir el Sida. Puesto que la única medida eficaz para evitar el contagio es la prevención, en todo el mundo se han puesto en marcha campañas, a las que se han destinado gran cantidad de recursos económicos, con el objetivo de conseguir un cambio de actitudes hacia las conductas de riesgo. Aunque los resultados de los programas de prevención son eficaces, distan mucho de ser enteramente satisfactorios pues, aunque se registra un cambio en las conductas de riesgo, existen nuevos patrones que disminuirán la probabilidad de detener la epidemia en un plazo inmediato.

El análisis cognitivo-social de la prevención del Sida (Bandura, 1992) recalca como principales determinantes del comportamiento de prevención: la importancia de la información concerniente al Sida; el desarrollo de las destrezas para instruirnos e instruir a personas pertenecientes a grupos de alto riesgo, en relación con la prevención; el entrenamiento en autoeficacia concerniente a habilidades de prevención; y los factores de influencia social.

La teoría cognitivo-social se ha utilizado como base general conceptual para un número de intervenciones exitosas en prevención de Sida (Jemmott, 1992; Kelly et. al. 1991). Estas se han focalizado más directamente en el entrenamiento del control de variables de riesgo y en la manipulación de las fuentes de influencia social así como, al menos indirectamente, en el aumento de los sentimientos de autoeficacia concernientes a la prevención de Sida. La investigación correlacional confirma las relaciones entre ciertos constructos cognitivo-sociales específicos (p.e. habilidades de autoeficacia para el manejo del riesgo) y la práctica de comportamientos preventivos (Bandura, 1992; Fisher y Fisher, 1992).

En cualquier caso, la interpretación y manejo de la teoría social-cognitiva no ha sido claramente especificada en relación con el comportamiento de prevención.

Por otra parte, la Teoría de la Acción Razonada (TAR) (Ajzen y Fishbein, 1980), también se ha aplicado para conceptualizar la prevención del Sida. De acuerdo con dicha teoría, un comportamiento personal de prevención de Sida estará en función de la intención comportamental para mejorar el acto preventivo en cuestión. Las intenciones comportamentales estarán determinadas por una actitud acerca de la mejora en el acto de prevención de Sida, y una norma o percepción subjetiva de las actitudes de las personas significativas respecto a esa cuestión.

Las actitudes positivas respecto a los actos de prevención de Sida se asumirán en función de las creencias acerca de las consecuencias de la mejora en la conducta, multiplicado por una evaluación de sus consecuencias.

Aunque variables de la T.A.R. han recibido un apoyo empírico considerable, el modelo parece tener dos características que pueden limitar su utilidad para comprender y promover comportamientos de prevención del Sida. En primer lugar, la TAR se centra sólo en factores que afectan esencialmente a la motivación para realizar conductas de prevención: intención de actuar, actitudes acerca de los actos y normas sociales percibidas. Los factores como la información acerca de la prevención o el desarrollo de habilidades preventivas, son cruciales en el acto de prevención y no están representadas en el modelo.

La segunda característica es que la T.A.R. mantiene que los factores externos al modelo, tales como información y destrezas comportamentales, deben trabajarse mediante los componentes normativos y actitudinales de los modelos que afectan indirectamente al comportamiento. Conceptualmente, no está perfectamente claro como los factores tales como información y habilidades comportamentales pueden afectar a las actitudes y normas concernientes a las conductas de prevención, ni tampoco está claro porque los efectos de tales factores son mejor comprendidos y enteramente mediados por actitudes y normas. Por otra parte, asumir que todos los factores externos al la TAR deben trabajarse mediante los componentes del modelo que afectan al comportamiento, ha sido empíricamente cuestionado en numerosos estudios (Fisher, Fisher, Williams y Malloy, 1994).

Desde un modelo pluridimensional, el modelo de información - Motivación - Comportamiento (IMB) (Fisher y Fisher, 1992) considera que, si nuestro objetivo es cambiar comportamientos de alto riesgo de contagio del VIH hay tres variables fundamentales a tener en cuenta: información, motivación y habilidades comportamentales.

Información, referida tanto a los medios de transmisión del Sida, como a los métodos específicos de prevención. Ambos serán requisitos previos necesarios, para realizar comportamientos de bajo riesgo.

La motivación para cambiar los comportamientos de alto riesgo será el segundo determinante de la prevención de contagio, y donde influirán actos y conocimientos acerca de la transmisión y la prevención.

Las habilidades comportamentales permitirán mejorar actos específicos de prevención, y son el tercer determinante de la prevención.

La información y la motivación actuarán como activadores de las habilidades comportamentales, que resultarán en un cambio comportamental de reducción del riesgo, así como en un mantenimiento del cambio. La información y la motivación de reducción del riesgo pueden tener efectos directos en el comportamiento, especialmente cuando éste no requiere el desarrollo de un comportamiento que entrañe una gran habilidad. Note-se que tanto la información como la motivación son considerados como constructos independientes.

Este modelo especifica una tecnología ampliamente aplicable para reducir los comportamientos de riesgo, y un proceso de implementación en tres fases: elicitación de los niveles iniciales de información, motivación y habilidades; intervención en un grupo diana para modificar la información, motivación y habilidades; y evaluación en cada uno de los focos de intervención.

El Modelo de Reducción de Riesgo de Sida (Catania, Kegeles y Coates, 1990), fue desarrollado específicamente para comprender y promover el comportamiento de prevención de Sida, estableciendo una estructura conceptual organizadora que tuviera en cuenta la gran cantidad de factores que pueden influir en la habilidad del individuo para cambiar sus conductas de riesgo. Parte de la

premisa de que para poder evitar la enfermedad los individuos deben:

- a) Percibir que su conducta los coloca en riesgo de contraer la infección del VIH. Las variables influyentes son: el conocimiento de las conductas que llevan a la transmisión de la enfermedad, la susceptibilidad percibida, las normas percibidas en relación a las conductas de alto riesgo, y los estados emocionales adversos que son asociados con una conducta problemática.
- b) Tomar una decisión firme para operar cambios de conducta. Se asume que está relacionada específicamente con la percepción del costo de la conducta de riesgo v.s. la conducta de alto riesgo, y con la percepción de los beneficios de la conducta de bajo riesgo v.s. los obtenidos con la conducta de alto riesgo (p.ej.: placer obtenido con la conducta sexual de alto riesgo).
- c) Ejecutar la acción, que parece estar influido por la conducta del individuo al buscar ayuda, su habilidad de cambiar sus conductas de riesgo, su habilidad de comunicación y las normas sociales percibidas (Coates, 1992).

El cambio de conducta implica la percepción, por parte de la persona, sobre si la conducta puede ser alterada, y si los beneficios del cambio compensan la no realización de la conducta. El entrenamiento necesario para los cambios de conducta se dará a través de fuentes formales (materiales educativos, conferencias, etc.) e informales (amigos, familiares, etc.) o por medio de ayuda profesional.

Evolución de la población de VIH y su prevención

En ciertos grupos de alto riesgo han ocurrido importantes cambios en conductas que presentan un peligro extremado de transmisión del VIH, pudiendo superar a aquellos observados en cualquier otra conducta en el campo de la salud.

En un principio, la expansión del virus se efectuó con rapidez, debido en gran parte a que el contagio se llevó a cabo en el interior de grupos prácticamente cerrados - homosexuales varones, drogadictos por vía parenteral, hemofílicos - constituidos por un número limitado de personas que mantenían entre sí un gran número de interaccio-

nes de riesgo - penetración anal no protegida, material de inyección compartido, etc.

Esta realidad está dejando paso a otra muy diferente: una proporción importante de homosexuales varones y de drogadictos, se encuentra ya infectado y otra proporción importante de homosexuales han cambiado sus comportamientos de riesgo por comportamientos de prevención, existiendo, así mismo, un buen control sobre los hemoderivados en la mayoría de los países.

Pero la epidemia ha encontrado otras poblaciones donde expandirse. De esta manera, cierto número de homosexuales son bisexuales, pasando su pareja a pertenecer al grupo de alto riesgo de contagio; un número importante de drogadictos se prostituye para conseguir dinero, llegando el virus hasta las parejas estables y posibles hijos (Bayés, 1992).

Esencialmente, existen dos formas compatibles de impedir o dificultar el contagio (Bayés y Ribes, 1989): eliminando y disminuyendo hasta donde sea posible, los comportamientos de riesgo o, disminuyendo hasta donde sea posible la vulnerabilidad del organismo a los virus de inmunodeficiencia humana.

Tendremos que centrarnos en dos grandes áreas cuando hablamos de prevención del Sida: la prevención primaria, cuyo objetivo es evitar que los individuos se infecten con el VIH; y la prevención secundaria, cuyo objetivo es la prevención del desarrollo de la enfermedad en aquellas personas seropositivas (Coates, 1992).

El papel del psicólogo puede centrarse tanto en la prevención primaria como en la secundaria. En la prevención primaria, mientras no se desarrolle alguna vacuna o tratamiento eficaz, los cambios de comportamiento serán esenciales, por lo que es muy importante desarrollar programas integrales a nivel comunitario para cambiar comportamientos, entre los que se incluiría: información acerca de los medios de transmisión, cambios de actitudes, percepciones y comportamientos de riesgo, motivación de la persona hacia una forma de vida saludable y desarrollo de habilidades sociales cognitivas y emocionales, entre otros.

En prevención secundaria, el Psicólogo realiza programas de ayuda para personas ya infectadas, facilitando la búsqueda de grupos sociales de apo-

yo, formales e informales, que permitan a las personas mantener la salud física y psicológica, desarrollando mecanismos efectivos de afrontamiento de las situaciones de estrés.

Sin embargo como se indica anteriormente, el problema del abandono de los comportamientos de riesgo y adopción de los preventivos no es sólo un problema de información. La información es una condición necesaria, pero no suficiente, para la adopción de comportamientos preventivos.

En este sentido, Bayés (1992) tras realizar un análisis funcional de los comportamientos de riesgo relacionados con el contagio del Sida, llega a las siguientes conclusiones: los comportamientos de riesgo van seguidos, de forma segura e inmediata, de conductas placenteras; las consecuencias negativas que pueden derivarse de la realización de dichos comportamientos, son sólo probables y siempre a largo plazo; la realización del comportamiento no lleva inmediatamente asociado algún signo negativo (p.ej.: dolor o síntomas de enfermedad); intrínsecamente, los comportamientos de prevención van seguidos, de forma segura e inmediata por una evitación, aplacamiento o alienación de la consecuencia placentera; las consecuencias positivas intrínsecas de la prevención son sólo probables y a largo plazo; y, por último, no existe una cadena de hechos sensibles que vinculen la práctica de un comportamiento de prevención concreto, con un buen estado de salud a largo plazo.

Si la persona tiene que elegir entre dos comportamientos incompatibles, y tomando como base estas variables, el resultado será un proceso complejo en el que la demora posee un peso mayor sobre la elección que la magnitud (Rachlin, Loque, Gibbon y Frankel, 1986). Es probable que muchas personas elijan la estimulación placentera, corta, efímera pero inmediata, proporcionada por los comportamientos de riesgo, a pesar de las consecuencias negativas a largo plazo (Bayes, 1992).

El tipo de consecuencias mencionado anteriormente son la mayoría de ellas de tipo intrínseco, mientras que las personas, habitualmente buscamos las consecuencias extrínsecas que conlleva una interacción personal. Esto nos puede llevar a disponer de una nueva herramienta en el campo de la prevención, instando a que las personas sig-

nificativas para el sujeto refuerzan nuevas pautas de conducta, encaminadas a la realización de comportamientos de bajo riesgo (Kelly, St Lawrence, Hood y Brasfeld, 1989).

Relación entre la práctica deportiva y seropositividad

Los recientes acontecimientos que han envuelto a los deportistas profesionales afectados de VIH, han focalizado la atención en varios campos respecto al mismo, incluyendo otras posibles patologías de la sangre y su relación con acontecimientos deportivos competitivos.

El interés se ha centrado en la necesidad de realización obligatoria o no de la prueba del VIH para los deportistas que participan en pruebas competitivas, la participación o no de deportistas infectados; y por último, la toma de precauciones por parte del equipo médico del equipo, definiendo una línea orientadora hacia el tratamiento de los fluidos corporales potencialmente infecciosos, con el objetivo de prevenir o minimizar la transmisión patogénica.

Respecto a la obligatoriedad de la realización de la prueba de detección en deportistas, algunos médicos y grupos deportivos han realizado y publicado investigaciones, en diferentes estamentos de salud a nivel internacional, llegando a unas conclusiones similares: no necesidad de una prueba rutinaria para la detección de VIH en deportistas; que los deportistas infectados no deben privarse de realizar deporte sólo por su enfermedad y que debe establecerse una atención apropiada respecto a las medidas de control de la salud del deportista. Tal y como recogen Mc Grew, Dick, Schniewind, 1993: "No hay ninguna justificación médica o de salud pública para someter a pruebas de detección de la infección de VIH a quienes vayan a participar en una actividad deportiva." (OMS, 16 de Enero de 1989)

En una investigación realizada en instituciones deportivas americanas (Mc Grew, Dick, Schniewind, 1993), se informó que la prueba rutinaria del VIH se realizaba en 22 (4%) de las instituciones consultadas: de este grupo, sólo dos colegios la realizaban obligatoriamente, después de dar una charla informativa a los deportistas; 98 de los de-

partamentos deportivos (18%) ofreció la prueba sólo si el deportista la requería, pero no ofrecía la charla educativa acerca del VIH. 472 (78%) no ofrecían ninguna prueba del VIH en sus departamentos.

En otra investigación realizada en Barcelona (Alonso y Bayes, 1993) con estudiantes del Instituto Nacional de Educación Física (INEF), futuros profesionales deportivos, el 36.5% se declaró partidario de que se efectuasen obligatoriamente las pruebas de anticuerpos al VIH a todos los deportistas que quieran participar en los Juegos Olímpicos. Si a esto le añadimos la política restrictiva del gobierno americano, país anfitrión de las próximas Olimpiadas, cuyas leyes ponen trabas a la entrada de portadores del VIH, las autoridades deportivas tendrán que llegar a un replanteamiento de la actual situación.

Desde nuestro punto de vista, parece razonable que las pruebas se realicen de forma voluntaria a los deportistas considerados como población de riesgo (personas con comportamientos personales de consumo de drogas o con conductas sexuales de alto riesgo), aunque siempre permitiendo la privacidad entre el deportista y su médico. Cualquier prueba necesaria estar acompañada de asesoramiento, tanto anterior como posterior, de las adecuadas medidas de anonimato y de acogimiento a las leyes de cada país.

Respecto a la política de las instituciones respecto a deportistas contagiados con el VIH o Sida, en la investigación de Mc Grew et. al., citada anteriormente, la política de participación de deportistas seropositivos era efectiva sólo en treinta y tres de las instituciones consultadas (6%); quince de ellas ponían medidas que restringían de alguna forma la participación; en seis de ellas había alguna barrera a la participación de sujetos infectados, en algún deporte y; en nueve existían trabas en deportes determinados como hockey sobre hielo y lucha libre.

De las ocho federaciones que informaron de deportistas seropositivos, estos sólo competían en tres de ellas. Cuatro federaciones contaban con deportistas infectados y sólo una informó de deportistas que estaban participando en eventos entre colegios, aunque en el informe no se especificaba el deporte. En las entrevistas realizadas a los

entrenadores, quinientos cinco (92%) relataron que en sus departamentos no existía ninguna política respecto a los deportistas infectados; diecisiete (3%) tenían reglas que no restringían la participación; dieciseis (3%) hablaron de medidas que restringían en parte o de forma total la participación de deportistas infectados en eventos entre colegios.

Encontraron que un gran número de instituciones no tienen programas educativos regulares ni posters con guías sobre las diferentes precauciones a tomar en la sala de entrenamiento.

En el trabajo de Alonso y Bayes (1993) con alumnos de Instituto Nacional de Educación Física de Cataluña, encontraron que un 47.2% de los estudiantes entrevistados pensaba que el temor a un posible contagio durante un partido de baloncesto podía cambiar el resultado del encuentro, mientras que el 21.4% se mostraron indecisos.

No podemos olvidar que el temor a que sus compañeros o contrincantes inhibieran o cambiaran sus comportamientos de ataque o defensa en la cancha, fué posiblemente la causa de que Magic Johnson abandonara la competición al conocer su seropositividad (Martínez y Bayes, 1993).

En este momento, no contamos con datos publicados sobre la prevalencia de la infección de VIH en ningún grupo deportivo. Así mismo, tampoco hay estudios clínicos o epidemiológicos acerca del riesgo de transmisión del VIH de deportista a deportista o a personal médico (Alonso y Bayes, 1994).

Beneficios del ejercicio físico en personas seropositivas

Un aspecto a destacar es la introducción del ejercicio físico en la atención del paciente infectado por el VIH.

Actualmente se cree que el sistema inmune tiene una respuesta dual frente al ejercicio físico: se siente estimulado por el ejercicio moderado y deprimido por el ejercicio intenso. Hay evidencias que sugieren que podría actuar beneficiosamente en estos enfermos, mejorando los componentes de la forma física y modulando ciertos parámetros inmunes afectados por el VIH.

Spence, Galantino, Mossberg y Zimmerman (1990), tras realizar un entrenamiento muscular crónico en sujetos seropositivos, encontraron diferencias significativas entre el grupo experimental y el control en prácticamente todas las variables de la función muscular, dimensiones y masa corporal, aunque también observaron una declinación de las mismas en los controles siguientes. Los autores también especulan con la necesidad de modificar los programas de entrenamiento físico, en la fase más aguda de las enfermedades oportunistas, incluyendo en ellos ejercicios ligeros y técnicas para la conservación de la energía.

Asimismo, la respuesta de los linfocitos T al ejercicio tiene una clara implicación para los individuos seropositivos y las personas diagnosticadas como sintomáticas de Sida o Complejo asociado al Sida. Su cuadro clínico dependerá de la cantidad de células T y de la proporción T4 / T8, importantes para regular la capacidad de respuesta inmunológica defensiva de los organismos.

Se ha encontrado que el ejercicio cardiorespiratorio está asociado positivamente con signos de un aumento del estado inmune y tiempo de supervivencia en hombres seropositivos. También se ha demostrado que el entrenamiento en ejercicio aeróbico está acompañado por un pequeño aumento de las células CD4+, aunque también informa acerca de su falta de conocimiento de investigaciones que prueben si se producen alteraciones en las células T y la proporción de T4 / T8, seguidas de entrenamiento físico en hombres diagnosticados seropositivos o sintomáticos de Sida. No se conoce si esos individuos pueden experimentar adaptaciones normales al ejercicio sin consecuencias adversas en los indicadores serológicos del sistema inmune o enfermedad clasificada.

Risby, Dishman, Jackson, McLean y Raven (1992) entrenaron a personas en actividad física, tomando como modelo para su realización el A.C.S.M. (American Clinical Sport Medicine, 1975), encontrando en los análisis posteriores que se producía un incremento en la masa muscular (30%); un incremento en la tasa cardíaca (incremento del consumo máximo de oxígeno en un 15-20%) -con el consiguiente aumento en las expectativas de salud-; y una mejora en la actividad cardiorespiratoria y la resistencia. No encontraron

cambios en la cantidad de linfocitos ni en el diagnóstico clínico. Este incremento en el bienestar físico implicaría grandes reservas para la vida diaria. Además, la práctica deportiva no implica efectos negativos en la inmunología de las personas seropositivas, medido por los diagnósticos médicos y por la cantidad total de linfocitos y leucocitos.

Desde la Psiconeuroinmunología se ha sugerido la posibilidad de que los estresores puedan modular la latencia del V.I.H. en los individuos infectados, ya que sus respuestas se caracterizan por una gran carga de ansiedad y depresión, así como un estrés psicosocial y psicológico muy importante debido al miedo a la evolución de la enfermedad. Los efectos negativos de los estados emocionales como la ansiedad y depresión sobre el sistema inmunitario han sido sugeridos por varios autores (Antoni, 1990; Coates, 1987), así como la mayor eficacia de las intervenciones psicológicas con capacidad inmunomoduladora si se aplican en los estadios más tempranos, con el objetivo de evitar o retrasar la evolución de la enfermedad.

En la última década se han acumulado evidencias acerca de la interconexión entre el Sistema Nervioso Central y el Sistema Inmunitario (Taylor, 1990). Algunas investigaciones han encontrado que el número de células Tipo T disminuye en situaciones de estrés, afectándose la efectividad del sistema inmunológico.

Un aspecto asimismo importante en la atención de estos enfermos, es el soporte y apoyo psicosocial, ya que la utilización del ejercicio de forma controlada permite la integración social del afectado y facilita el control sociosanitario, así como una acción positiva sobre las emociones y las respuestas de estrés.

Conductas preventivas y papel de la actividad física y el deporte

De cara a establecer conductas preventivas, tanto primarias como secundarias, y teniendo en cuenta que dicha posibilidad viene marcada por la realización de conductas caracterizadas por su carácter

placentero, intenso e inmediato (penetración sexual y utilización de drogas por vía parenteral), junto con consecuencias negativas poco probables y a largo plazo, vemos como los comportamientos preventivos suponen una disminución del placer inmediato, o bien una demora en su obtención.

Las personas deben aprender a encontrar satisfacciones igualmente placenteras e inmediatas a través de comportamientos alternativos y de bajo riesgo. Entre estos podrían incluirse algunas actividades físicas y deportivas.

En una investigación realizada con personas seropositivas, con el objetivo de conocer los motivos que les llevaban a practicar (Cantón, Sanchez y Mayor, 1995) se ha concluido que los principales motivos se referían, por orden de importancia a: sentirse bien; mejorar la forma física; disfrutar con la actividad y; conseguir una integración social.

De la misma forma, las percepciones subjetivas que los sujetos tienen sobre como la actividad física les ayudaba en su enfermedad eran principalmente dos: el fortalecimiento físico y psicológico y la mejora de su motivación para realizar las actividades diarias.

Los sujetos que realizaban algún tipo de actividad tenían la percepción subjetiva de buenos resultados, tanto a nivel físico como psicológico.

La información que los sujetos poseían sobre los beneficios de la práctica de actividad física no era la más oportuna, ya que las personas que no realizaban ningún tipo de ejercicio aducían miedo a las repercusiones sobre su cuerpo en relación con la enfermedad. Esta opinión se da preferentemente por desconocimiento ya que está comprobada la inocuidad del ejercicio físico - adecuadamente regulado- en el organismo de la persona seropositiva, y teniendo en cuenta que ninguno de los sujetos había desarrollado la enfermedad.

Con estos resultados, parece esperable que los sujetos cuya información es la correcta, conviertan la actividad física en un hábito saludable más, dentro de su repertorio conductual, con las consiguientes ventajas tanto físicas como psicológicas que ellos mismos perciben.

Referencias bibliográficas

- Adjen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, N.J. Prentice Hall.
- Alonso, C. y Bayés, R. (1993). Dudas, creencias y opiniones sobre la transmisión del SIDA en la práctica deportiva. *Revista de Psicología del Deporte*, 3, 55-66.
- Alonso, C. y Bayés, R. (1994). Sida y deporte. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47, 217-223.
- American Clinical of Sport Medicine (1975). *Guidelines for Graded Exercise Testing and Exercise Prescription*. Philadelphia.
- Antoni, M.H. (1990). Psychoneuroimmunology and HIV-1. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 38-49.
- Bandura, A. (1992). A social-cognitive approach to the exercise of control over AIDS infection. En R. DiClemente (Ed), *Adolescents and AIDS: a generation in jeopardy*. Beverly Hills, C.A.: Sage.
- Bayes, R. (1992). Aportaciones del análisis funcional de la conducta al problema del Sida. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24, 1, 35-56.
- Bayes, R. y Ribes, R. (1989). Un modelo psicológico de prevención de la enfermedad: su aplicación al caso del Sida. *Papeles del Psicólogo*, 41-42, 122-125.
- Cantón, E., Sánchez, M.C. y Mayor, L. (1995). Calidad de vida en personas seropositivas: una aportación desde el ámbito de la actividad física. *I Congreso Nacional Proyecto Hombre*, 35-39.
- Catania, J.A., Kegeles, S. y Coates, T.J. (1990). Towards an understanding of risk behavior. An AIDS Risk Reduction Model (ARRM). *Health Education Quarterly*, 17, 53-72.
- Coates, T.J. (1987). AIDS: a psychosocial research agenda. *Annals of Behavioral Medicine*, 9, 21-28.
- Coates, T.J. (1992). Prevención del Sida: Logros y prioridades. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24, 1, 17-33.
- Fisher, J.D. y Fisher, W.A. (1992) Changing AIDS risk Behavior. *Psychological Bulletin*, 111, 455-474.
- Fisher, J.D., Fisher, W.A., Williams, J.S. y Malloy, T.E. (1994). Empirical test of an Information-Motivation-Behavioral Skills Model of AIDS-Preventive Behavior with gay men and heterosexual university students. *Health Psychology*, 13(3), 238-250.
- Jemmott, J.B., Jemmott, L.S. y Fong, G.T. (1992) Reductions in HIV-risk associated sexual behaviors among black male adolescents: deffects of AIDS prevention intervention. *American Journal of Public Health*, 82, 372-377.
- Kelly, J.A. y Lawrence, J.S. (1988). *The aids health crisis. Psychological and social interventions*. Nueva York: Plenum Press
- Kelly, J.A., Lawrence, J.S., Hood, H.V. y Brasfeld, T.L. (1989). Behavioral interventions to reduce AIDS risk attitudes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 60-67.
- Kelly, J.A., Lawrence, J.S., Diaz, Y.E., Stevenson, L.Y., Hauth, A.C., Bransfield, T.L., Kalichman, S., Smith, J.E. y Andrew, M.E. (1991). HIV risk behavior reduction following intervention by key opinion leaders of a population: an experimental analysis. *American Journal of Public Health*, 81, 168-171.
- Martínez, M. y Bayés, R. (1993). Comportamiento de los jugadores profesionales de baloncesto en la pista, ante el diagnóstico de seropositividad al VIH de otro jugador. *Revista de Psicología del Deporte*, 4, 65-70.
- McGrew, C.A., Dick, R.W., Schnieindwind, K. y Gikas, P. (1993). Survey of NCAA institutions concerning HIV/AIDS policies and universal precautions. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 25 (8), 917-921
- Rachlin, H., Logue, A.W., Gibbon, J. y Franchel, M. (1986). Cognition and behavior in studies of choice. *Psychological Review*, 93, 33-45.
- Rigsby, L.W., Dishman, R.K., Jackson, A.W., McLean G.S. y Raven, P.B. (1992). Effects of exercise training on men seropositive for the human immunodeficiency virus-1. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 24 (1), 6-12
- Spence, E., Galantino, M.L.A., Mossberg, K.A., Zimmerman, S.O. (1990). Progressive resistance exercise: Effect on muscle function and anthropometry of a select AIDS population. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 71, 644-648.
- Taylor, S.E. (1990). Health Psychology: the science and the field. *American Psychologist*, 44, 40-50.